Paul NATIER
Ancien Chef de Service
des Maladies du Nez, des Oreilles
et du Larynx
à la Faculté de Médecine de PARIS

SUR QUELQUES CAS

DE

TUMEURS DES FOSSES NASALES

PARIS
Revue intern. de Rhinologie
69, RUE DE L'UNIVERSITÉ

1891

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

DU MÊME AUTEUR

1. **Adénome du voile du palais,** 14 p. (*Revue mensuelle de Laryngologie*, n° 11, 1887).
2. **Cancer du larynx** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1888).
3. **Contribution à l'étude du mutisme hystérique**, 59, p. (O. Doin, Paris, 1888).
4. **Corps étrangers de l'oreille** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, août 1888).
5. **Des polypes de la cloison des fosses nasales,** 16 p. (*Annales de la Policlinique de Paris*, 1893).
6. **Fièvre des foins ; pathogénie et traitement,** 160 p. (*Thèse de Paris*. O. Doin, 1889).
7. **Gommes syphilitiques des amygdales**, gr. in-8° de 48 p. (O. Doin, Paris, 1891).
8. **Leçons sur les maladies du Larynx**, par le Dr Moure [recueillies et rédigées par le Dr Marcel Natier], gr. in-8° de 600 p. (O. Doin, Paris, 1890).
9. **Lupus des fosses nasales et de la voûte palatine** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1887).
10. **Lupus généralisé de la face avec propagation aux fosses nasales, aux gencives, au voile du palais, au pharynx et au larynx** (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, juillet 1889).
11. **Œdème des cordes vocales inférieures ; ulcération du voile du palais, du côté droit, chez un tuberculeux** (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, juillet 1889).
12. **Otorrhée consécutive à un tamponnement des fosses nasales** (*Revue médicale*, n° 3, 1892).
13. **Pharyngites hémorrhagiques**, 24 p. (*Revue internat. de Rhinologie*, etc., n° 15, 10 août 1893).
14. **Polypes muqueux des fosses nasales** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, oct.-nov. 1886).
15. **Polypes muqueux des fosses nasales** [chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans], gr. in-8° de 80 p. (O. Doin, Paris, 1891).
16. **Quelques cas de corps étrangers de l'oreille** [chez des enfants], **considérations sur le traitement**, 23 p. (*Annales de la Policlinique de Paris*, 1892).
17. **Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie,** bi-mensuelle, in-8° colombier de 12 pages sur 2 colonnes (1891-93).
18. **Service de Rhinologie, Otologie et Laryngologie de la Policlinique de Paris** [statistique pour l'année 1890-91], 16 p. (O. Doin, Paris, 1891).
19. **Service de Rhinologie, Otologie et Laryngologie de la Policlinique de Paris** [*Statistique pour l'année* 1891-92 — 2e *année*] 91 p. (*Revue internat. de Rhinologie*, 1893).
20. **Sur quelques cas d'œdème du larynx** [observés au cours de la grippe], (*Annales de la Policlinique de Paris*, 1893.)

SUR QUELQUES CAS

DE

SARCOMES DES FOSSES NASALES

PAR

Le Dr Marcel NATIER

Chef du service de Rhinologie, Otologie et Laryngologie
de la POLICLINIQUE DE PARIS

Extrait de la REVUE INTERNATIONALE DE RHINOLOGIE, OTOLOGIE & LARYNGOLOGIE

N° DU 25 JANVER 1894

PARIS

REVUE INTERNATIONALE DE RHINOLOGIE

69, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 69

1894

Extrait de la « REVUE INTERNAT. DE RHINOLOGIE, etc., n° 2. 1894

SUR QUELQUES CAS DE SARCOMES DES FOSSES NASALES

PAR LE

Dr Marcel NATIER

Chef du Service de Rhinologie, Otologie et Laryngologie de la POLICLINIQUE DE PARIS.

I

Quand on parcourt les traités généraux de pathologie externe, on y lit, au chapitre des tumeurs malignes des fosses nasales, que les sarcomes de ces cavités sont excessivement rares. Je m'empresse de dire que les traités spéciaux étant tout aussi muets, cela tendrait à prouver le peu de fréquence de ces productions néoplasiques.

Dans ces conditions, je me suis cru autorisé à vous rapporter un fait de ma pratique personnelle, observé il y a quelques mois, et je suis heureux de pouvoir y joindre cinq autres cas, que M. le Professeur *S. Duplay* m'a fait l'honneur de me confier, en me permettant de vous les signaler à l'occasion de cette réunion.

(1) Communication à la 4e *Réunion des Oto-Laryngologistes belges*. Gand, 4 juin 1893.

Observations.

Observ. I. [Personnelle]. *Un cas de sarcome fasciculé de la fosse nasale droite.* — Gau.... (Sidonie), 38 ans, journalière, habitant la province.

Ant. héréd. — *Père* mort d'alcoolisme ; *mère* bien portante. Quatre *frères* et une *sœur* en bonne santé.

Ant. personnels. — Pas de maladie pendant la jeunesse, si ce n'est une fièvre typhoïde à 10 ou 11 ans. Mariée à 20 ans. Six enfants : quatre filles et deux garçons, tous en bonne santé. Pas de fausses couches.

1890. — Dans les premiers mois de l'année, à la fin de sa dernière grossesse, la malade a commencé à éprouver, dans la fosse nasale droite, des démangeaisons avec sensation de gêne. Pas d'écoulement particulier. En portant le doigt dans le nez, elle a constaté la présence d'un petit « bouton » qui paraissait solidement adhérer et ne pas fuir sous le doigt. Consécutivement aux attouchements fréquents : ulcération et écoulement de sang ou mieux simple suintement. A la fin de la grossesse, la malade pouvait même, en faisant des efforts il est vrai, arriver à se moucher.

Au mois de *juillet*, les démangeaisons augmentant et la sensibilité devenant plus vive, elle va consulter un médecin qui lui dit qu'il faut enlever le « bouton ». Il détache une parcelle, de la grosseur d'un petit pois et tout à fait mollasse ; écoulement aqueux. Une deuxième tentative provoqua une petite hémorrhagie. Deux jours après, la malade mouchait un morceau de chair, gros comme un petit pois.

A cette époque : ni gonflement, ni déformation des parties ; aucune douleur dans la tête ; quelques irradiations au niveau de la tumeur. Sommeil paisible.

Etat stationnaire jusqu'en *octobre*. G.... va alors consulter un rebouteur, à trois reprises différentes, dans l'espace de deux ou trois mois. Chaque fois il insinuait dans la narine une pommade sur de l'ouate. Résultats : cuisson, douleur pendant trois ou quatre jours et écoulement aqueux plus abondant. Comme

G... se plaignait d'irradiations douloureuses du bout du nez, il y appliqua de l'eau forte.

Dès *septembre*, était apparu, dans le sillon naso-jugal, un léger gonflement sans trace de rougeur à la peau. La respiration devenait de plus en plus embarrassée. Pas de phénomènes généraux.

1891. — Un autre médecin consulté, en *mars*, trouve que ce n'est rien et dit à la malade qu'il va la brûler ; à trois reprises différentes, en effet, il pratique des cautérisations au thermo-cautère. Inflammation très vive qui a persisté trois semaines. A partir de ce moment, la déformation s'est accentuée et le nez s'est obstrué à peu près complètement. Le dos du nez a été reporté du côté gauche de la ligne médiane. En *octobre*, la malade se confia à un autre rebouteur qui lui fit d'abord des pansements après lequels il la renvoyait chez elle. Mais comme la guérison ne marchait pas assez vite, il l'engagea à rester, ce qu'elle fit pendant dix-sept jours, durant lesquels il lui mit dans le nez une poudre jaune qui déterminait de la brûlure avec écoulement très abondant et constant. Il la renvoya ensuite, disant qu'elle était guérie.

Gau... est restée alors jusqu'en *mars* sans rien faire. Le « bouton » grossissant toujours a fini par venir faire saillie à l'orifice de la narine ; accroissement du volume du nez dans sa totalité. Jamais d'hémorrhagie.

1892. — La malade retourne, en *mars*, vers le médecin qu'elle a déjà vu il y a un an ; il est surpris de l'augmentation de volume du nez et propose d'abord d'ouvrir cet organe. Il change ensuite d'avis et se borne à réséquer, avec des ciseaux, la partie saillante. Il prescrit l'application d'une pommade sur la tumeur, ordonne des lavages, trois fois par jour, et promet une guérison certaine au bout de cinq mois. Entre temps, il fait deux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Mais voyant la situation s'aggraver, il engage la malade à venir se faire soigner à Paris.

G..., qui craint d'avoir un cancer, va consulter, en *juillet*, un troisième médecin. Il enlève un morceau avec une pince et dit qu'il faudrait répéter la manœuvre à plusieurs reprises. Hémorrhagie abondante

Léger soulagement à la suite ; un peu de respiration par le nez. Nouvelles tentatives, séance tenante : ablation d'autres morceaux.

La malade n'a plus rien fait depuis, si ce n'est quelques injections d'eau fraîche dans le nez dont le volume et la déformation ont continué à s'accroître, jusqu'au moment où nous l'avons vue.

Décembre 1892. Etat actuel. — Etat général satisfaisant. Obstruction complète de la narine droite par laquelle il est impossible à l'air de passer. Irradiations douloureuses dans la face, du côté des deux pommettes, de l'œil (droit) et dans le rebord gingival (droit). A g. l'air passe assez facilement.

Le dos du nez, depuis sa racine, est dévié à gauche ; la pointe est reportée à 1 centim. en dehors de la ligne médiane. Dans le sillon naso-jugal droit : tumeur de la grosseur d'une belle noix. Pas de larmoiement, un peu de fatigue dans l'œil.

L'orifice de la narine droite est notablement rétréci. Au lieu d'être, comme à l'état normal, obliquement dirigé d'avant en arrière et de dedans en dehors, il est dirigé transversalement, sa longueur d'avant en arrière est seulement de 8 m. m ; il a 1 cent. de largeur au lieu de 2. La malade tient la bouche ouverte et la lèvre supérieure, comme soulevée, est très saillante.

Rhinoscopie antérieure. — La cloison est repoussée et subluxée du côté gauche. A droite, l'ouverture de la fosse nasale est constituée par un simple petit entonnoir de 1 cent. de profondeur. L'aile du nez paraît comme dédoublée. Le fond du pertuis est formé par deux bourgeons superposés ; le supérieur plus petit, et l'inférieur plus gros, est divisé en deux par un sillon. La partie interne est blanche et comme lardacée. L'exploration provoque un léger suintement sanguin.

Quand survient la douleur, la malade est prise, trois ou quatre fois par jour, d'accès d'éternuements qui se répètent cinq ou six fois de suite.

L'exploration avec le stylet, permet, en suivant le plancher, de pénétrer jusque dans le pharynx. Du côté g. on y arrive très facilement. A la suite de cette double exploration, petite hémorrhagie par la fosse

nasale gauche ; le sang vient probablement du côté droit, où l'écoulement ne peut se faire à cause de l'obstruction.

Aucun engorgement ganglionnaire.

Au toucher, on constate que la tumeur est très dure dans sa presque totalité, excepté tout à fait sur son bord externe. Elle est à peu près régulière avec une légère petite bosselure en haut et en dehors. La peau n'a aucune adhérence avec la masse de la tumeur ; il existe une simple ulcération sur la face interne du petit néoplasme. Par la rhinoscopie postérieure, on constate, dans la choane du côté droit, dont ils obstruent complètement les deux tiers inférieurs, des polypes muqueux qui, en dedans, appuient sur la cloison et, en dehors, sur la paroi externe de la fosse nasale.

26 décembre.— Séance tenante, nous enlevons, avec l'anse froide, les bourgeons de l'orifice de la narine. Hémorrhagie abondante qui nous oblige à suspendre notre intervention.

29 déc. — La malade revient et nous essayons de faire, avec une éponge préparée, de la dilatation de la narine pour aller saisir les polypes de l'arrière-fosse ; mais, comme le moindre attouchement provoque un écoulement sanguin abondant, nous n'insistons pas et nous donnons à la malade le conseil d'entrer à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Prof. *S. Duplay*, où elle a été opérée.

[Nos lecteurs de l'année dernière peuvent se rappeler cette malade, à propos de laquelle, M. le Prof. *S. Duplay*, a fait depuis notre communication, une très intéressante leçon clinique (1), d'où nous détachons ce qui a trait au traitement :]

« Quant au traitement, dit M. *Duplay*, il doit avoir « pour but l'ablation large du néoplasme.

« Faut-il pratiquer la résection totale du maxillaire « supérieur ? Je ne le pense pas ; le plancher de l'or- « bite, la paroi antérieure du sinus dans la plus grande « partie de son étendue, la voûte osseuse du palais, « ne présentent aucune altération ; la résection totale

(1) Voir *Revue internationale de Rhinologie, etc.*, p. 145, n° 13, juillet 1893.

« entraînerait un sacrifice inutile, qui ne nous mettrait « pas du reste à l'abri de la récidive.

« Je me propose donc de faire l'ablation de toute « l'apophyse montante du maxillaire supérieur, y « compris le bord correspondant du bourrelet intra- « buccal, je vais, en un mot, pratiquer une résection « partielle, atypique.

« Mais avant de commencer, je crois bon de prendre « quelques précautions, destinées à éviter l'introduc- « tion du sang dans les voies aériennes.

« Nous allons tout d'abord introduire, par l'orifice « antérieur de la narine gauche, une sonde uréthrale « en gomme, que nous ferons sortir par la bouche. « Elle servira de conducteur à un tampon de gaze io- « doformée haut et large de 2 centimètres environ, « tampon pourvu de deux fils, dont l'un (fil antérieur), « passé dans les yeux de la sonde, sera ramené avec « elle par le nez et nous servira à attirer ce tampon « sur l'orifice postérieur des cavités nasales, tandis « que l'index de la main gauche porté dans la partie « supérieure du pharynx, nous aidera à faire franchir « à la gaze iodoformée le bord libre du voile du palais, « à la pousser au-dessus de cette cloison musculo- « membraneuse. Quant au second fil (fil postérieur), « nous le laisserons pendre au dehors de la bouche, « sans traction. Il nous servira, l'opération terminée, « à retirer le tampon.

« En agissant ainsi, nous éviterons l'entrée du sang « dans le pharynx, sa chute sur l'orifice supérieur du « larynx, son introduction dans les bronches, et nous « n'aurons pas d'accès de suffocation.

« Pour plus de sécurité, nous opérerons la malade « dans la *position de Rose*, c'est-à-dire que nous lais- « serons pendre la tête à l'un des bouts de la table. « De cette façon, si notre tampon n'oblitérait pas com- « plètement l'orifice postérieur des fosses nasales, le « sang tomberait sur l'apophyse basilaire et n'aurait « aucune tendance à pénétrer dans les voies aériennes.

« Ces précautions prises, nous procéderons à l'opé- « ration proprement dite.

« Je ne vous rappellerai pas les diverses incisions « proposées pour la résection du maxillaire supérieur.

« Nous pratiquerons celle que préconisait *Blandin* pour « la résection totale de cet os et que *Liston*, *Nélaton* « ont avantageusement modifiée. Elle suivra le bord « inférieur de l'orbite, le sillon naso-génien, contour- « nera la narine pour arriver jusque sur la ligne mé- « diane dans le sillon naso-labial. Nous aurons ainsi « un grand lambeau cutané que nous rabattrons en « dehors ; le néoplasme sera découvert, nous pour- « rons juger de son étendue et des sacrifices à faire. « Nous décollerons alors la narine du bord antérieur « de l'apophyse montante. Bien entendu, nous ne « chercherons point à conserver le périoste. Puis, avec « le ciseau et le maillet, nous ferons sauter toute la « partie atteinte en dépassant largement les limites. « Le sinus maxillaire sera ouvert. Nous réséquerons « le bord inférieur de l'apophyse montante, là où « existe le bourrelet néoplasique sous-labial, et, s'il « le faut, nous sacrifierons le bord alvéolaire corres- « pondant. Puis, nous suturerons, avec soin, les bords « de l'incision au fil d'argent, nous appliquerons un « pansement iodoformé et des irrigations boriquées « seront pratiquées, dans les fosses nasales, plusieurs « fois par jour.

« Je pense que nous n'aurons point de complica- « tions. Malgré la septicité du milieu, les plaies con- « sécutives à la résection du maxillaire supérieur gué- « rissent bien et vite. Malheureusement la récidive « nous menace et nous aurons probablement bientôt « à intervenir de nouveau ; à moins que la malade « n'attende trop longtemps et qu'alors une extirpation « complète du mal nous paraisse impossible. Dans ce « cas, nous instituerons un traitement purement mo- « ral, et nous assisterons impuissants à la lente ago- « nie d'une femme encore jeune.

« L'opération a été pratiquée le 24 janvier 1893, en sui- « vant exactement le plan opératoire ci-dessus indiqué.

« Le bord libre de la lèvre supérieure n'a point été « divisé. Le lambeau résultant de l'incision a pu être « facilement disséqué, car, la peau n'adhérait point « au néoplasme en cet endroit. En disséquant la lè- « vre interne de l'incision, M. le Prof. *Duplay* trouva, à « sa partie moyenne, une forte adhérence de la tumeur

« à la peau qu'il sacrifia sur une surface de la gran-
« deur d'une pièce de cinquante centimes. Le sinus
« maxillaire est ouvert par le ciseau, il s'en écoule un
« peu de mucus filant, verdâtre. Résection de toute
« l'apophyse montante. La tumeur envoie des prolon-
« gements jusqu'à l'orifice postérieur des fosses na-
« sales, ils sont enlevés à la curette et derrière eux
« on trouve deux polypes muqueux du volume d'une
« noisette. En poursuivant les ramifications du néo-
« plasme M. *Duplay* constate qu'il adhère au carti-
« lage de la cloison ; il la résèque largement.

« Le bord inférieur droit, de l'ouverture antérieure
« osseuse des fosses nasales, au niveau duquel s'était
« développé le bourrelet rétro-latéral, est réséqué à la
« pince coupante jusqu'à la racine des dents qu'on au-
« rait sacrifiées si le tissu osseux qui les supportait
« n'avait pas paru sain.

« Suture de l'incision au fil d'argent. Le nez prend
« une forme aplatie surtout à droite.

« Un tube en caoutchouc rouge est placé dans cha-
« que narine pour assurer la respiration et l'irrigation
« facile des fosses nasales. Pansement iodoformé.

« L'hémorrhagie, pendant l'opération, a été assez
« abondante, mais s'est vite arrêtée avec un peu de
« compression faite dans la cavité à l'aide d'une
« éponge. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation.

« Les fils ont été retirés au sixième jour, réunion
« *per primam.* »

1893. 2 mars. Actuellement le nez est écrasé ; il existe une cicatrice très déprimée depuis la racine jusqu'au niveau de l'aile. Narine peu perméable ; il est cependant possible d'introduire un tout petit spéculum. Saillie cartilagineuse à l'intérieur du nez et au niveau du plancher. Petit bourgeon dans la cicatrice.

Examen histologique. — Cet examen, fait par M. *Cazin*, chef du Laboratoire de la clinique, lui a permis de constater qu'il s'agissait, en réalité, d'un *sarcome fasciculé.*

Les cinq observations qui vont suivre sont celles qui nous ont été gracieusement communiquées par M. le prof. *Duplay*.

Observ. II. — *Tumeur fibro-plastique de la fosse nasale droite.* — Au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, Hôpital de la Charité, est couchée la nommée Pat..., femme de ménage, âgée de 52 ans.

Cette femme, qui jusqu'ici aurait toujours joui d'une santé excellente, nous présente actuellement l'exemple d'une de ces productions des fosses nasales, de mauvaise nature, à marche lente et insidieuse, qu'on serait tenté de ranger dans la classe des polypes fibreux.

Elle raconte qu'il y a une dizaine d'années environ, par le plus grand des hasards et sans y être amenée, soit par la douleur, soit par la gêne, en portant le doigt dans la narine droite, elle sentit une petite tumeur de la grosseur d'un haricot. Bien qu'elle n'eut encore éprouvé aucun des inconvénients inhérents à sa maladie, elle alla pourtant consulter un médecin qui lui proposa une opération qu'elle s'empressa du reste de refuser énergiquement.

Depuis ce temps, l'affection a progressé, mais, chose curieuse, la tumeur, au dire de la malade, n'aurait augmenté de volume que pendant deux ans seulement, après quoi elle serait restée stationnaire pendant dix ans.

Durant ce temps, les symptômes fonctionnels furent peu alarmants ; il n'y eut jamais de douleur, jamais d'ulcération, jamais d'écoulement sanguin ou autre par les narines.

A la ménopause, la patiente a eu une hémorrhagie avec écoulement de sang par la bouche et par la narine saine.

Depuis dix ans, la gêne de la respiration est restée la même, la malade ne pouvant inspirer ni expirer par la narine droite. Pas de gêne de la déglutition. Ennuyée, à la fin, de cet état stationnaire, la malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

1867. 28 août. La malade est entrée depuis la veille ; à l'examen, voici ce qu'on constate :

Extérieurement, la fosse nasale droite est déviée ; sa paroi externe est bombée vers la partie moyenne. La branche montante du maxillaire supérieur semble avoir été déjetée en dehors. En explorant, à travers la

peau, on sent une tumeur dure et assez volumineuse.

A la vue, on aperçoit, dans la narine droite, une production grisâtre, d'aspect fibreux, s'avançant jusqu'au niveau de la partie inférieure de la cloison. La partie visible ne présente pas d'ulcération.

Au toucher : cette tumeur est dure, rénitente, du moins dans sa partie antérieure où elle est très accessible. Si on cherche à la limiter en arrière, en portant le doigt dans la bouche, et en contournant le voile du palais, on reconnaît que l'arrière-cavité de la fosse nasale est libre. Ainsi, la tumeur semble bien limitée à la partie antérieure de la cavité nasale.

Avec le stylet : on peut contourner le néoplasme par la partie supérieure, sauf en un point peu étendu qui correspond à la face externe de la cavité. Mais il y a surtout un endroit que le stylet ne peut franchir, c'est la partie inférieure de la tumeur. A ce niveau, en effet, a lieu son point d'implantation, c'est-à-dire que celle-ci se fait en bas et en dedans de la réunion du plancher et de la cloison.

La narine gauche est saine, la cloison n'est pas indurée.

La tumeur n'envoie aucun prolongement ni vers le frontal, ni vers le sinus maxillaire, ni vers le pharynx.

Or, quelle est la nature exacte de ce néoplasme ? Il se présente à nous sous un aspect fibreux et dur ; il n'a pas déterminé d'accident ; comme, en outre, la santé générale est bonne et que l'affection a subi, dans sa marche, un arrêt de longue durée, toutes ces raisons incitent M. *Duplay* à penser qu'il s'agit d'une production fibreuse — d'un polype fibreux des fosses nasales — dont le point d'implantation serait toutefois anormal.

1er septembre. — M. *Duplay* procède à l'opération en essayant d'abord de contourner la production par la partie supérieure avec la scie à chaîne de Chassaignac ; il se propose de cueillir ainsi la tumeur. Mais comme ses tentatives ne sont pas couronnées de succès il se décide à recourir à un moyen plus radical.

Avec le bistouri, il incise la narine sur une longueur de 3 centim., un peu en dehors du sillon naso-jugal et parallèlement à ce sillon ; relevant alors la narine dé-

tachée, il arrive facilement sur la tumeur. Celle-ci se déchire à la plus légère pression. On la détache, et l'implantation qui se faisait sur toute la longueur du plancher de la fosse nasale est soigneusement râclée, sans dépasser ses limites. Cette énucléation a détaché la muqueuse qui tapissait le plancher. Suture des lèvres de la plaie avec des fils métalliques. Application constante de compresses imbibées d'eau fraîche.

Examen de la pièce. A l'œil nu, elle se compose de deux parties assez distinctes : une première d'apparence fibreuse et constituée par la portion qui faisait saillie dans la narine ; la deuxième plus molle se déchire facilement et ressemble aux produits cancéreux.

La tumeur, envoyée au laboratoire du prof. A. *Robin*, a été examinée par M. *Legros* qui a remis la note suivante :

« Si l'on excepte une portion de muqueuse revêtue d'é-
« pithélium prismatique à cils vibratiles, les divers frag-
« ments de tumeur que j'ai examinés présentent tous la
« même texture. On y trouve, en effet, des agglomérations
« de corps étoilés et des corps fusiformes séparés par de
« minces tractus lamineux. Tantôt ces corps fusiformes
« sont parfaitement normaux, tantôt ils ont subi des mo-
« dications de forme et de volume. Dans certains points,
« ils sont devenus vésiculeux et possèdent un noyau volu-
« mineux ; à mesure qu'ils augmentent de volume, leurs
« prolongements disparaissent, ce qui leur donne un faux
« air de cellules épithéliales. Ces fragments appartiennent
« donc à une tumeur fibro-plastique. Si l'on veut, c'est un
« *sarcome*, car le mot ne change rien à la chose. »

Dans les jours qui suivirent l'opération, la malade n'eut pas de fièvre, dormit bien, mangea bien et enfin se trouva dans un état satisfaisant. On pratiqua des injections dans la fosse nasale.

8 septembre. — On enlève les points de suture et on trouve la plaie complètement cicatrisée. La fosse nasale est tout à fait libre ; l'odorat n'est nullement altéré, car la malade perçoit très bien les différentes odeurs qu'on lui présente.

13 septembre. — A l'union de la paroi externe et de la paroi supérieure, au niveau de la petite adhérence déjà signalée, petite production que l'on cautérise énergiquement.

Observation III. — *Myxosarcome des fosses nasales.* — Mascar..... âgée de 24 ans, entre le 30 août 1875, salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le prof. *Duplay*.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécéd. personnels. — Il y a quatre ans que, pour la première fois, cette malade s'est aperçue qu'elle avait une grosseur dans la narine droite. Le nez, à ce moment, n'était que fort peu gonflé ; la malade, comme souffrances, avait simplement quelques maux de tête. La tumeur a continué à grossir et voici environ six mois que Masc... ne peut respirer par la narine. Il y a une quinzaine de jours, qu'un médecin a enlevé une portion de la tumeur et cette ablation partielle s'est accompagnée d'un certain écoulement de sang. Maintenant, la malade éprouve des douleurs sourdes dans la narine intéressée et elle accuse en même temps des maux de tête.

Etat actuel. — Du côté droit, le nez est déformé ; il est plus volumineux qu'à gauche et cette augmentation de volume s'est produite aux dépens des os du nez qui sont rejetés en dehors. La narine est occupée par une tumeur qu'il est aisé d'apercevoir sans l'aide d'aucun instrument et par laquelle elle est complètement oblitérée. Sur cette tumeur on constate la présence d'une ulcération grisâtre consécutive à l'ablation dont nous venons de parler.

Dans son ensemble, le néoplasme est de couleur grisâtre, ardoisée, non transparente, différant ainsi de l'aspect normal des polypes muqueux ordinaires. Il remplit complètement la fosse nasale, car il est impossible au moindre courant d'air de passer ; il paraît immobile. Le doigt introduit derrière le voile du palais, constate l'existence, dans la choane droite, d'une saillie arrondie qui l'oblitère en totalité. Cette masse semble constituée par du tissu mollasse.

Depuis quelque temps, la santé générale s'est altérée et bien que l'appétit soit conservé, la malade éprouve des crampes d'estomac, elle a quelques vomissements et un peu de constipation. Aucune gêne respiratoire ; règles normales.

3 septembre. Avec une pince à polypes, le doigt ayant été introduit derrière le voile du palais, on cherche à pratiquer l'ablation du néoplasme ; mais sous l'influence de la plus légère traction, il se déchire en deux ou trois fragments. Écoulement sanguin très considérable, fosse nasale libre.

On porte le diagnostic de *sarcome* de la pituitaire.

4 septembre. Douleur dans la fosse nasale et dans la tête ; suintement sanguin. Pas de fièvre ; gargarisme émollient et injections répétées dans la fosse nasale.

6 septembre. — La malade sort malgré nous.

10 septembre. — Elle revient aujourd'hui. La tumeur a repullulé avec une rapidité extrême. La narine et la fosse nasale, du côté droit, sont fortement repoussées en dehors. Le gonflement s'étend à la joue et à l'angle interne de l'œil. La tumeur apparaît à l'extérieur. Douleurs de tête violentes, empêchant la malade de dormir. — Les jours suivants, ces douleurs diminuent, ainsi que le gonflement de la joue et de l'angle interne de l'œil qui était surtout inflammatoire.

21 septembre. — Opération après tamponnement préalable de l'orifice postérieur des fosses nasales, ce qui ne permet qu'une anesthésie incomplète.

Incision sur la ligne médiane et dorsale du nez jusqu'à la pointe du côté droit du lobule du nez. Détachement de l'aile droite du nez jusqu'à l'apophyse montante. Le lambeau est rabattu sur le côté et ainsi il est possible d'apercevoir la tumeur qui remplit la fosse nasale. A l'aide d'un stylet, on peut s'assurer que cette tumeur ne présente aucune connexion ni en haut, ni en bas, ni du côté de la cloison ; au contraire, elle est intimement adhérente en dehors et en haut, à peu près au niveau du cornet moyen et du méat supérieur. L'ablation est en partie faite avec un polypotome ordinaire et en partie avec les doigts, la tumeur se déchirant facilement. On constate alors qu'au niveau du point d'implantation, l'os est à nu et superficiellement altéré. Après que l'hémorrhagie s'est arrêtée, on renouvelle le tampon postérieur et ensuite, au niveau du point d'implantation, on applique un morceau de pâte de Canquoin et on achève le tamponnement. Six

points de suture réunissent l'incision dorsale ; l'aile du nez est laissée séparée.

Rien de particulier dans la journée.

22 septembre. — Gonflement modéré ; pas de douleurs, la malade a bien dormi pendant la nuit.

23 septembre. — Le gonflement a augmenté ; il s'étend à la joue et à l'œil du côté droit. Langue un peu sèche. Insomnie toute la nuit. Purgatif. On retire les tampons ; on fait des injections ; pas de sang ; cataplasmes de fécule.

25 septembre. — Etat général satisfaisant. La malade souffre peu ; le gonflement a notablement diminué. Les points de suture sont enlevés et on trouve la réunion à peu près complète. On applique sur la plaie deux bandelettes collodionées. Les injections sont continuées et on alimente la malade.

8 octobre.— A l'examen, avec le spéculum nasi, de la fosse nasale droite, on constate au niveau du point d'implantation de la tumeur, c'est-à-dire vers la paroi supéro-externe, un petit bourgeonnement de nature douteuse sur lequel on applique un petit morceau de pâte de Canquoin qu'on maintient avec de la charpie. Le tout est enlevé quatre heures après. Le malade accusa de vives douleurs pendant tout ce temps.

9 octobre. — Gonflement plus marqué de l'angle interne de l'œil, et de la face externe du nez, du côté droit. On ordonne des cataplasmes.

16 octobre. — Depuis quelques jours, il existe un gonflement qui s'accuse de plus en plus à l'angle interne de l'œil avec rougeur de la peau, chaleur, fluctuation assez évidente. Ponction avec un bistouri, issue d'une certaine quantité de pus bien lié. La sonde cannelée arrive sur des os dénudés et paraît entrer dans les fosses nasales. On continue les cataplasmes.

25 octobre. — Ces jours derniers, à plusieurs reprises, on a retiré des fosses nasales, des fragments osseux appartenant à la paroi externe : branche montante du maxillaire, cornets moyen et inférieur. Tout à fait en haut et en dessous, on découvre une petite tumeur du volume d'un petit grain de raisin que l'on a sectionnée avant-hier avec le polypotome, aujourd'hui, on applique sur ce point sectionné un morceau

de pâte de Canquoin qu'on maintient par un tamponnement.

26 octobre.— Le caustique a été enlevé hier soir, la malade a peu souffert, peu de gonflement.

Observ. IV. — *Sarcome des fosses nasales.* — Court (François), âgé de 50 ans, propriétaire, entre le 24 novembre 1877, salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. *Duplay*.

Depuis cinq semaines environ, ce malade souffre du nez. Il n'a jamais fait de grande maladie. Il n'a pas d'antécédents spécifiques avérés. Il y a six ans, à la suite de coups, il aurait eu, sur la jambe gauche, une éruption consécutivement à laquelle aurait persisté une coloration jaune foncé de la peau. Jamais il n'y a eu d'ulcération. Il y a cinq semaines qu'il s'est aperçu qu'il ne pouvait respirer par la narine droite. Quelques jours plus tard, cette narine a gonflé. Ni écoulement de sang, ni écoulement de pus, à moins que le malade ne gratte cette narine avec son doigt ou son mouchoir.

Etat actuel. — A l'extérieur, gonflement gros comme une noisette et occupant le côté droit du nez, la branche montante correspondante du maxillaire et le maxillaire lui-même, jusqu'au rebord orbitaire. Ce gonflement a complètement effacé le sillon naso-jugal ; il gagne la ligne médiane et remonte jusqu'à la limite des os propres du nez. — Pas d'altération de couleur ni de consistance ; la peau est légèrement adhérente. — Cette masse, complètement accolée au maxillaire, fait corps avec lui ; la consistance est inégale. La tumeur repose profondément sur l'os ; superficiellement, elle offre une fausse fluctuation, aucune douleur ni spontanée, ni provoquée.

La narine droite est complètement oblitérée par une saillie qui en occupe la partie antérieure et qui s'insère sur la face interne de l'apophyse montante, recouverte antérieurement d'une muqueuse saine, qui, du côté de la cloison, semble ulcérée et même un peu longueuse et saignante. Si, avec un stylet, on pratique l'exploration, on voit qu'il est possible de contourner

la tumeur en dedans, en haut et en bas. Les fosses nasales paraissent tout à fait libres en arrière.

On prescrit quotidiennement au malade : une pilule de sublimé (0.01 centig). et de l'iodure de potassium (0 gr. 75 cent.).

30 novembre. — Le malade sort aujourd'hui, mais doit continuer son traitement au dehors.

En effet, il a poursuivi cette médication pendant deux mois 1/2. La dose d'iodure a même été portée jusqu'à 5 grammes. Après une légère diminution et purement passagère au début, le volume du néoplasme a continué à s'accroître et même dans des proportions considérables dans les derniers temps.

4 Février. — Le malade revient à l'hôpital, dans l'état suivant : tuméfaction occupant en haut, tout le côté droit du nez arrivant presque à l'angle interne de l'œil qu'elle dépasse, en refoulant à ce niveau la paupière inférieure. En bas, la tuméfaction, qui dépasse le bord inférieur de l'aile du nez, tend à envahir la lèvre en dehors ; elle recouvre toute la fosse canine et s'avance même jusqu'au voisinage de l'os malaire. Enfin, en dedans, elle dépasse la ligne médiane du nez et tend à envahir le lobe gauche.

La peau qui recouvre cette tuméfaction est très fortement adhérente avec la masse ; d'une couleur violacée rouge jaunâtre, elle est le siège de varicosités très étendues.

La consistance de la tumeur est mollasse et en certains points même, il existe comme une fausse fluctuation. Toute cette masse adhère fortement au squelette ; cependant, on a la notion qu'une certaine partie est indépendante. La fosse nasale, du côté droit, est maintenant complètement remplie par la tumeur qui saigne de temps en temps.

Dans la fosse nasale du côté opposé, rien de particulier à noter, si ce n'est une déviation de la cloison.

Le malade accuse des démangeaisons avec quelques élancements dans les points les plus ramollis du néoplasme. — Les choanes sont libres. — Le voile du palais ne présente aucune déformation. Pas d'engorgement ganglionnaire du cou. Un peu d'amaigrissement,

bien que l'appétit soit conservé. — Tous les organes paraissent sains.

14 février. — Opération. — Tamponnement préalable de la fosse nasale gauche par sa partie postérieure. Chloroformisation.

A l'aide du thermo-cautère, on circonscrit toute la portion de la peau altérée, ce qui donne une incision portant : en haut, à la racine du nez, du côté gauche, un peu en avant du sillon qui sépare la joue du nez, dans le sillon de l'aile du nez, puis sur la pointe de l'organe, en laissant intacte la sous-cloison.

A droite de la sous-cloison, l'incision suit exactement la base de la lèvre supérieure et remonte en haut, de façon à venir joindre le bord orbitaire à peu près à sa partie moyenne; enfin, elle gagne l'incision de la racine du nez en suivant le rebord même de l'orbite. — Ceci fait, on dissèque, en commençant à gauche et en se servant la plupart du temps du thermo-cautère ; les parties molles sont détachées des os sous-jacents. On enlève la tumeur, au niveau du point où elle sort de la fosse nasale ; pour enlever son prolongement avec la gouge et le maillet, on détruit toute l'apophyse montante, une portion de l'os du nez du côté droit, puis on ouvre largement le nez et en défonçant le sinus maxillaire, on y trouve un gros polype muqueux. La fosse nasale est ainsi vidée et le squelette mis à nu dans toute cette étendue.

Très peu de sang pendant l'opération. La chloroformisation a pu être continuée tout le temps. Pansement avec un tampon de charpie imbibée de chlorure de zinc. On maintient le tamponnement postérieur.

15 février. — État satisfaisant ; pas de fièvre, le malade se plaint un peu de la gêne déterminée par les tampons.

16 février.— Le malade continue à bien aller ; comme il n'y a pas d'écoulement sanguin, on enlève les tampons.

18 février.— Bourgeonnement de la plaie au-dessous de la lèvre ; quelques bourgeons semblent plus durs ; cautérisation avec la pâte de Canquoin, dont on met une tablette dans le fond de la plaie.

25 février. — Une partie de l'eschare est tombée. La plaie a fort bon aspect.

5 avril. — Depuis quelque temps, on s'aperçoit que le sarcome récidive en plusieurs points : à la partie moyenne de la joue, à la lèvre supérieure, et vers la racine du nez, près du grand angle de l'œil.

4 mai. — Le malade sort. La tumeur a récidivé et a acquis un volume assez étendu vers la racine du nez près de l'angle de l'œil droit qui commence à être pris. On trouve plusieurs tubercules dans l'épaisseur de la joue.

Observ. V. — *Un cas de sarcome des fosses nasales.* — Dig... (Constance), âgée de 56 ans, journalière, rentre le 25 septembre, salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. *Duplay*.

Cette femme n'a jamais eu de maladies générales graves ; elle ne paraît entachée d'aucune diathèse.

Depuis l'âge de 15 ans environ, elle est sujette à des maux de tête très violents, mais jamais d'écoulement quelconque par le nez.

Comme premier symptôme de l'affection qui l'amène à l'hôpital, elle a eu une épistaxis très abondante qui s'est du reste renouvelée à plusieurs reprises. Ultérieurement est survenu du gonflement de la narine avec gêne respiratoire. Elle vint une première fois à la consultation, il y a trois mois, et comme on croyait avoir affaire à un simple polype on arracha plusieurs morceaux de la tumeur qu'on découvrit. Elle raconte que, depuis, elle-même a extrait d'autres parcelles de la fosse nasale. Depuis lors, le gonflement a augmenté et l'obstruction nasale a été de plus en plus prononcée.

Etat actuel. — La face est déformée. Tout le côté gauche, correspondant à l'os propre du nez, à l'apophyse montante, aux fosses sous-orbitaire et canine est le siège d'un gonflement appréciable sans altération marquée de la peau. On constate seulement un peu d'œdème de ces parties, sans que le squelette sous-jacent paraisse participer manifestement à ce gonflement.

Du côté de la fosse nasale on constate : une tumeur grisâtre, ulcérée, remplissant complètement cette cavité. La base d'implantation semble se trouver en bas

en dehors et avec un stylet, on peut la contourner en haut et en dedans.

Rien du côté de la voûte palatine; un prolongement arrive à la partie postérieure de la fosse nasale gauche, mais il est mollasse et très peu proéminent. Le tissu de la tumeur, friable, saigne très facilement.

A droite rien ; pas d'engorgement ganglionnaire.

La malade est très anémiée, très pâle, le teint un peu jaunâtre, sans être absolument cachectique.

Pas de vomissements, aucune douleur de ventre ; jamais de jaunisse. Tous les organes abdominaux et thoraciques paraissent en bon état.

La malade est morte le 16 octobre, succombant à un affaiblissement continu et sans présenter de phénomènes particuliers. Elle ne pouvait plus avaler et ne gardait pas les lavements nutritifs.

Observ. VI. — *Sarcome ossifiant des fosses nasales.* — Femme de 50 à 55 ans. Anémique, névropathe au dernier point.

Depuis plusieurs mois obstruction de la fosse nasale droite ; écoulement sero-muqueux. Epistaxis.

Je constate pour la première fois, appelé en consultation, il y a 4 ou 5 ans, l'existence d'une tumeur ayant les caractères d'un sarcome, remplissant complètement la fosse nasale droite, et repoussant la cloison du côté de la fosse nasale gauche. La tumeur paraît s'insérer à la paroi supéro-externe.

1re *opération*, il y a 5 ans environ, mise à nu de la tumeur en relevant l'aile du nez par une incision suivant le sillon naso-génien. Impossibilité de faire une opération réglée ; la tumeur se déchirant, et paraissant s'insérer par une très large surface du côté du cornet et des méats moyen et supérieur.

Récidive au bout de peu de mois.

2me *opération*, il y a 4 ans, plus radicale. Incision sur la ligne médiane du nez, permettant de rejeter en dehors, comme un auvent, l'os propre du côté droit et l'apophyse montante fracturée.

Cette fois encore, je ne puis que faire un curettage de la fosse nasale et de la cavité naso-pharyngienne, car la tumeur paraît avoir gagné la voûte et l'arrière-

cavité des fosses nasales. Cette opération, forcément incomplète malgré le soin que j'ai pris à enlever toutes les parties suspectes avec les cornets et une partie de la cloison, a donné pourtant, près de deux ans de répit à la malade, qui s'est trouvée très bien, respirant facilement par le nez. Cependant, dès la 2me année après l'opération, la récidive s'est manifestée et peu à peu l'obstruction de la fosse nasale est redevenue complète.

3me opération, faite il y a environ 15 mois. Répétition exacte de la précédente. Curettage aussi complet que possible ; mêmes suites favorables.

J'ai revu la malade, il y a 2 à 3 mois, et j'ai constaté la reproduction du néoplasme, quoique la malade ne soit pas encore sensiblement gênée au point de vue de la respiration.

Examen histologique. — Cet examen, également fait par M. *Cazin*, a révélé que la tumeur, était constituée par du *sarcome fasciculé* et, de plus, particularité constatée macroscopiquement, ce sarcome appartenait à la variété de sarcome ossifiant, le tissu morbide étant traversé par des travées osseuses, présentant un assez gros volume en divers points et tendant à envahir toute la masse.

II

Réflexions. — Pour terminer, je vous demanderai maintenant la permission de faire quelques remarques.

Si vous voulez bien considérer que la pratique hospitalière, pourtant déjà longue, de M. le professeur *Duplay*, ne lui a permis de rencontrer que quatre cas de sarcomes des fosses nasales, et que, d'autre part, malgré la haute et très légitime autorité chirurgicale dont il jouit, il n'a pu m'en confier qu'un seul cas, observé dans sa clientèle particulière, vous ne refuserez pas d'admettre qu'en effet, ce genre de néoplasmes est d'une très

rare fréquence. Je ne voudrais pas alléguer ici les fruits de mon expérience personnelle, cependant elle est en parfait accord avec les données précédentes, car depuis tantôt huit années que je me suis livré d'une façon spéciale à la pratique de notre art, je n'ai gardé le souvenir particulier d'aucun autre cas que celui dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir et le nombre de malades que j'ai pu examiner directement s'élève pourtant à plusieurs milliers.

Cinq fois, sur six malades, l'affection a été observée chez des femmes. L'âge a varié de 24 à 56 ans. Dans un seul cas, la tumeur fut rencontrée à gauche, alors que dans les cinq autres, elle siégeait dans la fosse nasale droite.

Les faits que nous venons de rapporter ne sont guère susceptibles d'élucider l'étiologie des sarcomes dont l'obscurité est, de l'avis de tous, des plus évidentes. Nos malades appartenaient à des catégories diverses de la société : en général ils n'étaient entachés d'aucune diathèse héréditaire ou acquise. Le mal a presque toujours débuté d'une façon insidieuse, l'attention des patients n'ayant guère été attirée que par la tuméfaction des parties et la déformation de la région. Quelques-uns avaient constaté, au début, l'existence d'un petit « bouton », dont, je crois, il conviendra, le cas échéant, de se rappeler l'importance au point de vue du diagnostic, si parfois on éprouvait à se prononcer quelque hésitation.

Le pronostic des tumeurs sarcomateuses des fosses nasales ne laisse guère de porte ouverte à l'espérance. Cela tient-il à ce que les malades, peu inquiétés au début, ne se préoccupent guère

de leur état et ne viennent que trop tard réclamer les secours de la chirurgie ?

Peut-être est-ce exact. Quoi qu'il en soit, l'expérience nous apprend que toute intervention est suivie dans un délai très rapproché d'une récidive, qui, combattue elle-même, ne tarde pas à se reproduire pour aboutir définitivement à la terminaison fatale qu'il semble impossible d'éviter.

Aussi, étant donnés ces tristes résultats, croyons-nous qu'il convient d'agir hâtivement dès qu'aura été fait le diagnostic, la guérison, en effet, si tant est qu'elle soit possible, n'ayant chance de survenir que dans le cas où l'intervention aura été prématurée et très rapprochée du début de l'affection. Quant à l'opération proprement dite, on la pratiquera très large, ici comme pour les autres régions, l'exérèse du sarcome devant s'étendre, et même au delà, aux extrêmes limites du mal.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

DU MÊME AUTEUR

(*Suite*).

Sur un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne (côté droit) **dû à la syphilis tertiaire et observé chez une femme de soixante ans; difficulté du diagnostic; guérison complète par le traitement ioduré** (*Revue intern. de Rhinologie*, etc., n° 5, 1892).

Tumeur du sinus maxillaire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, nov. 1886).

Tumeur de l'épiglotte (*Journal de Médecine de Bordeaux*, juin 1887).

Un cas de cachexie strumiprive, avec paralysie complète de la corde vocale droite et parésie de la corde vocale gauche, consécutivement à l'ablation du corps thyroïde (*Revue intern. de Rhinologie*, etc., n° 5, 1892).

Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore (côté gauche) **avec sécrétion de pus fétide; ouverture du sinus par perforation du rebord alvéolaire au moyen d'un trocart ordinaire; guérison complète au bout de quarante-cinq jours** (*France Médicale*, n° 22, 1892).

Un cas de mutisme hystérique (*France Médicale*, n° 12, 1892).

Un cas de rhinolithe (*Journal de Médecine de Bordeaux*, août 1888).

PUBLICATIONS DE LA *REVUE*

nelletier.—Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore gauche, vec sécrétion de pus fétide. Ouverture du sinus, guérison au out de quarante-cinq jours.

nowski. — Du traitement des ulcérations du larynx par la sorcine (avec 3 *fig.* en noir dans le texte).

n. — Contribution au traitement des sténoses nasales.

is. — Sur quatre opérations pratiquées à l'hôpital du Cal-ire (Bruxelles).

owski. — De l'application de l'électrolyse en laryngologie.

s. — Sur trois communications faites à l'Académie de mé-cine de Belgique (avec 1 *fig.* en noir dans le texte).

let (A.). — Note sur deux cas de trachéotomie chez l'enfant r méthode mixte : thermocautère et bistouri.

au (Th. S.). — Pachydermie du larynx avec participation l'épiglote (avec 3 *fig.* en noir dans le texte).

i (J.). — Guérison d'un cas de syphilis labyrinthique bila-ale.

ianche (Ch.). — Des injections de vaseline dans la caisse la voie de la trompe.

. — La dernière phase de l'éclairage électrique dans le gnostic de l'empyème maxillaire (avec 3 *fig.* en noir dans texte).

PUBLICATIONS DE LA *REVUE*

(*Suite*).

Kafemann. — Rapports du tissu adénoïde de la voûte du rynx, avec les paresthésies de la gorge et du nez.

Felici (F.). — Du massage vibratoire appliqué à l'oto-rhi laryngologie.

Peugniez. — Deux cas de trépanation de l'apophyse mast

Gradenigo (G.). — Vertige et pseudo-angine de poitrine, c phénomènes réflexes d'origine nasale.

Chaput. — De la résection large du rocher dans le traite de la carie de cet os (avec 4 *fig.* en noir dans le texte).

Chiari (O.). — Vibration des muqueuses des voies aérien supérieures.

Masucci (Pietro). — Contribution à l'étude de la rhinite membraneuse.

Goris : a) Epithélioma du nez. Ablation du nez. Rhino complète par la méthode de Langenbeck. Résection du maxillaire supérieur. b) Gommes syphilitiques et sous-maxillaires. c) Un cas d'empyème de la bul dale (cellule ethmoïdale antérieure. d) Pachydermie du

Maunoury. — Suppuration des cellules mastoïdiennes, -intolérables, trépanation de l'apophyse mastoïde, ab tact avec la dure-mère. Disparition des douleurs, temps après, apparition d'un délire de persécution.

Cartaz (A.). — Du traitement des abcès du sinus m

Wagnier. — Traitement de la pharyngomicose leptothr l'acide chromique.

Raugé (Paul). — Recherches microscopiques et bactér sur la mycose bénigne du pharynx.

Raugé (Paul). — Anatomie macroscopique de l'orga cobson chez le bœuf et le mouton.

Joal. — Hémorrhagies de l'amygdale linguale et hém

Michael Braunn et **Garnault** (P.). — Réponse définitiv prof. O. Chiari à propos de ses publications parues *Wien. klin. Wochensch.*, et dans la *Revue internation. logie, etc.*

Duplay (S.). — Sur un cas d'ostéo-sarcome de l'apop tante du maxillaire supérieur droit.

Nogaro — Sur deux cas de laryngite hémorrhagique

Herck. — De l'otite hémorrhagique d'origine grippale

Goris (Ch.). — I. Névralgie rebelle de l'aile du nez. E et résection de l'œuf sous-orbitraire. Guérison. — diphtéritique d'emblée et abcès du larynx chez une 35 ans. Trachéotomie. Mort. — III. Deux cas de moïdes du plancher de la bouche opérés par la hyoïdienne. — IV. Lupus du dos du nez. Rhinopla

Castex (A.). — Le traitement chirurgical de la tub ryngée.

Flatau (Th.-S.). — Sur un cas normal d'empyèm maxillaire.

Natier (Marcel). — Pharyngites hémorrhagiques.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, pla